

Vasculitis gangrenosa juvenil del escroto: un diagnóstico infrecuente de úlceras genitales

Juvenile gangrenous vasculitis of the scrotum: an unusual diagnosis of genital ulcers

Sr. Editor:

Las erosiones y úlceras genitales, aunque infrecuentes, plantean un dilema diagnóstico en la edad pediátrica. La mayoría de las lesiones son muy dolorosas y generan gran ansiedad en el paciente y la familia. Las erosiones suponen una pérdida local de la epidermis, mientras que las úlceras son profundas y alcanzan la dermis¹. Una historia clínica detallada es esencial para orientar el diagnóstico diferencial en el que hay que tener en cuenta diferentes entidades. Entre las causas infecciosas se encuentran enfermedades de transmisión sexual, como el herpes genital, la sífilis, el granuloma inguinal (donovanosis) y el chancro blando (chancroide). Asimismo, el pioderma gangrenoso que se asocia a enfermedades sistémicas, la fascitis necrotizante y su variedad denominada gangrena de Fournier, el ectima gangrenoso, causado habitualmente por *Pseudomonas aeruginosa* y que afecta principalmente a pacientes inmunodeprimidos, son otras etiologías infecciosas que se deben considerar. La enfermedad de Behçet y la panarteritis nodosa, así como las gangrenas iatrogénicas por antisépticos cutáneos, anticoagulantes, antiinflamatorios no esteroideos y antibióticos, pueden ser también causa de úlceras en la región genital¹⁻⁴.

Aportamos el caso de un varón de 13 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que consulta por aparición de dos lesiones necróticas en el escroto de 36 h de evolución. Se acompañan de sensación de quemazón a ese nivel y fiebre. Cuatro días antes, presentaba un cuadro de faringoamigdalitis y estaba siendo tratado con cefuroxima-axetilo. No relata otra sintomatología ni antecedente de traumatismo local ni tratamientos tópicos. A la exploración física se aprecian dos lesiones confluentes de 2 y 2,5 cm de diámetro, bien delimitadas, de tipo escara-necrótica, con borde eritematoso y ligeramente sobrelevado a nivel de ambas bolsas escrotales, con eritema y tumefacción en esa zona (fig. 1). No se evidencian lesiones en otras localizaciones ni se palpan adenopatías. En el resto de la exploración física no se encuentran hallazgos. En las pruebas complementarias destacan una leucocitosis con neutrofilia y velocidad de sedimentación globular de 60 mm. La bioquímica habitual, la coagulación, el perfil férrico, las inmunoglobulinas, C3, C4, los anticuerpos antinucleares, elemental y sedimento de orinas se encuentran en límites normales. Los cultivos de sangre, orina y exudado de la úlcera son negativos. Las serologías de sífilis, virus herpes simple, *Rickettsia* y virus de la inmunodeficiencia humana son negativas, al igual que la determinación del antígeno de *Chlamydia trachomatis* en orina. En la ecografía testicular se objetiva un aumento de la vascularización y el tamaño del epidídimo izquierdo, con discreto hidrocele en el teste izquierdo. Al quinto día de su ingreso, se toma una muestra de biopsia de la periferia de una de las lesiones. En el cultivo de un fragmento de la biopsia se aísla flora contaminante inespecífica. El estudio anatomopatológico muestra una epidermis

conservada, fibrosis y vasos congestivos y dilatados, con inflamación de predominio perivascular. Las tinciones PAS y Gram son negativas. Ante la sospecha inicial de una celulitis gangrenosa, y a la espera del resultado de los estudios solicitados, se inicia tratamiento antibiótico con amoxicilina-clavulánico y cloxacilina. La evolución del paciente es favorable, la fiebre remite a las 24 h y desaparece la escara necrótica de las lesiones en los días sucesivos, quedando una úlcera que cura en dos semanas aproximadamente, sin aparición de nuevas lesiones hasta la fecha (fig. 2).

La vasculitis gangrenosa juvenil del escroto es una forma de úlceras escrotales que fue descrita en 1973 por Piñol y et al. Es una entidad poco frecuente o conocida, ya que hasta la fecha hay reportados apenas 15 casos en la literatura²⁻⁶. Se trata de un síndrome que se caracteriza por los siguientes criterios diagnósticos: afectación de varones jóvenes, presencia de cuadro faringoamigdalar previo con aparición posterior de las lesiones necróticas-ulcerosas, curso autolimitado, ausencia posterior de recidivas, exclusión de causa infecciosa e histología de capilaritis inespecífica, con ulce-



Figura 1 Lesión necrótica confluyente.



Figura 2 Úlcera en resolución.

ración y necrosis tisular e infiltrado inflamatorio en la dermis y los vasos de pequeño calibre^{3,5,6}. En nuestro caso, el antecedente de faringoamigdalitis, las características clínicas de las lesiones, la evolución en pocas semanas y los estudios bacteriológicos negativos apoyan este diagnóstico. La ausencia de hallazgos histológicos específicos creemos que puede deberse a que la toma de biopsia fue realizada de la periferia de la lesión y transcurridos unos días del inicio del cuadro.

Aunque infrecuente, se debería tener presente esta entidad en el diagnóstico diferencial de las úlceras escrotales para evitar un exceso de pruebas diagnósticas y terapéuticas debido a su carácter autolimitado y benigno.

Bibliografía

- Holland-Hall C, Bartholomew D. Genital erosions and ulcers in childhood and adolescence. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2004;17:151-3.
- Caputo R, Marzano AV, Di Benedetto A, Ramoni S, Cambiaghi S. Juvenile gangrenous vasculitis of the scrotum: Is it a variant of pyoderma gangrenosum? *J Am Acad Dermatol.* 2006;55(2 Suppl):50-3.
- Minassian M, Marsalli M, Errázuriz ML, Jaque A, Droppelman N. Vasculitis gangrenosa juvenil del escroto: caso clínico y revisión

de la literatura [consultado 9 Sept 2010]. *Revista Pediatría Electrónica.* 2008;5:52-7. Disponible en: http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/pdf/7_TESTICULO%20GANGRENOS O.pdf

- Arce Gil J, Acaso Til H, Angerri Feu O, Caffaratti Sfulcini J, Garat Barredo JM, Villavicencio Mavrich H. Juvenile gangrenous vasculitis in the adult. *Actas Urol Esp.* 2008;32:574.
- Julve Villalta E, Márquez AJ, Cabra de Luna B. Vasculitis gangrenosa juvenil del escroto. *Arch Esp Urol.* 2003;56:303-4.
- García Ligerio J, García García F, Navas Pastor J, Chaves Benito A, Sempere Gutiérrez A, Rico Galiano JL, et al. Vasculitis gangrenosa juvenil del escroto. Aportación de un nuevo caso y revisión de la literatura. *Actas Urol Esp.* 2001;25:230-2.

S. González González^{a,*}, P. Pernas Gómez^a, R. Quintas Martínez^a, E.J. Fuentes Ceballos^b y F. Martín Sánchez^a

^a *Servicio de Pediatría, Complejo Hospitalario de Ourense, Ourense, España*

^b *Servicio de Cirugía Pediátrica, Complejo Hospitalario de Ourense, Ourense, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: silviagomez11@hotmail.com

(S. González González).

doi:10.1016/j.anpedi.2011.04.008

Infección por *Helicobacter pylori*: causa poco sospechada y tratable de urticaria crónica

Helicobacter pylori infection; a rarely suspected and treatable cause of chronic urticaria

Sr. Editor:

La urticaria crónica se define como la existencia de una erupción eritematohabonosa de rápida aparición, pruriginosa asociado o no a angioedema¹, y presente a diario o casi a diario durante al menos 6 semanas^{1,2}. La prevalencia global de la urticaria se estima en torno al 20% de la población general³, si bien la duración de los síntomas durante un tiempo igual o superior a las 6 semanas tan solo se produce en el 1% de los afectados¹. Las causas pueden ser físicas (por presión, frío, acuagénica, solar, colinérgica, vibratoria, o dermatografismo), inmunológicas o idiopática. La urticaria crónica idiopática representa aproximadamente el 50% del total de casos, habiéndose realizado numerosas especulaciones sobre las posibles etiologías subyacentes. Entre otras posibilidades se han involucrado aditivos alimentarios, fármacos, infecciones virales, parasitarias y focales crónicas, entre ellas la infección por *Helicobacter pylori*² (presente en el 24-80% de pacientes con urticaria crónica, según área geográfica⁴).

Son múltiples los mecanismos etiopatogénicos que pretenden explicar la relación entre la infección por esta bacteria y la presencia de urticaria crónica. En primer lugar,

parece existir una reacción inmunológica mediada por inmunoglobulina E², de tal manera que los pacientes con mayores niveles de IgE al diagnóstico experimentan una mejoría más evidente de los síntomas tras el tratamiento erradicador de la bacteria⁵. Afirmación que es desmentida sin embargo por otros autores, al no encontrar resultados estadísticamente significativos^{4,6}. En segundo lugar, la presencia de esta bacteria en la mucosa gástrica estimula la secreción por parte de eosinófilos activados de proteínas citotóxicas implicadas en la producción del cuadro urticarial³. Además, la infección por este microorganismo parece también influir en la producción de citoquinas pro-inflamatorias así como en la expresión de ciertos epítotos de adhesión a células endoteliales interviniendo de esta forma en la puesta en marcha de una respuesta inmune sistémica⁷. Por último, otro mecanismo fisiopatológico propuesto es el aumento de la reactividad linfocitaria provocado por la propia infección².

Se presenta el caso de una niña de 3 años de edad en seguimiento por erupción urticarial de 6 meses de evolución, de aparición brusca y presentación diaria, sin otros síntomas sistémicos asociados. Se realiza tratamiento antihistamínico con desloratadina (1,25 mg/día repartido en 2 dosis) sin notar una clara mejoría clínica. A lo largo de la evolución del cuadro se realizan diferentes estudios complementarios para intentar alcanzar un diagnóstico etiológico del mismo, destacando: hemograma, bioquímica sanguínea y urinaria, reactantes de fase aguda, estudio del complemento, niveles de IgE total e IgE específica a neuroalergenos, alimentos, látex y anisakis, todos ellos con resultados dentro de la normalidad. Se solicita también estudio serológico para la detección de virus hepatotropos (citomegalovirus, virus de Epstein Barr, parvovirus B19, VHC, VHB, VHA),